

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

410

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juin 1898 à 1 heure

Par S. P. A. CASACCA

Né le 12 mars 1870 à Iordola (Suisse).

LE

CORYZA SYPHILITIQUE HÉRÉDITAIRE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges

*} MM. HAYEM, professeur.
DEJERINÉ et GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

410

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juin 1898 à 1 heure

Par S. P. A. CASACCA

Né le 12 mars 1870 à Iordola (Suisse).

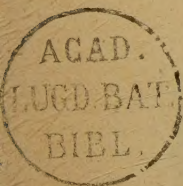
LE

CORYZA SYPHILITIQUE HÉRÉDITAIRE
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges } MM. HAYEM, professeur.
 } DEJERINÉ et GAUCHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs	M. BROUARDEL
	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	EROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUD.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARBIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
QUELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des hopitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales nous sommes heureux de pouvoir dire à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Schwatz, Chauffard, Campenon, Barth, Wurtz, Darier, Kirmisson, Tillaux, Pinard, combien est grande notre admiration pour leur haute science et quelle gratitude nous ressentons pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont accueilli dans leur service.

Qu'ils nous permettent encore de leur exprimer notre vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous ont témoigné.

A M. Darier, qui a bien voulu nous honorer de ses conseils et à qui nous devons une très intéressante observation, nous adressons l'expression de notre profonde gratitude.

Que M. le professeur Fournier, veuille bien recevoir l'hommage de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse,

INTRODUCTION

La syphilis héréditaire se manifeste sous trois modalités : la syphilis fœtale, la syphilis des nouveau-nés et la syphilis héréditaire tardive.

Les accidents spécifiques du nouveau-né se manifestent en général, tantôt sous forme de syphilides cutanées, tantôt sous forme de syphilides muqueuses.

L'une des premières manifestations de la syphilis héréditaire sur les muqueuses, c'est le *coryza hérédo-syphilitique* que nous avons l'intention d'étudier particulièrement.

Il apparaît en général dès les premières semaines qui suivent la naissance. Symptômes habituellement isolés d'abord, le coryza hérédo-syphilitique ne tarde pas à être suivi par d'autres manifestations de la syphilis héréditaire.

Ces manifestations portent en général sur la peau et revêtent différentes formes : on rencontre souvent des macules, parfois légèrement saillantes ; érythème maculo-papuleux, de Zeissl ;

plus tard on trouve des éruptions papuleuses, psoriasiformes, érosives ; quelquefois ces lésions présentent, à la face surtout, un polymorphisme particulier : forme érythémo-papuleuse polymorphe de M. Jacquet, ou encore la forme vaccino-syphiloïde de MM. Besnier et Fournier ; dans d'autres cas c'est le pemphigus que l'on observe. Les gommès cutanées ou sous-cutanées sont excessivement rares.

Lorsque le coryza coïncide avec l'une quelconque de ces manifestations pathognomoniques de la syphilis, le diagnostic n'est que trop facile. Il n'en est plus de même dans d'autres cas sur lesquels West avait déjà appelé d'attention. Le coryza constitue alors, quelquefois pour un temps assez long, la seule manifestation de la syphilis héréditaire ; ce qui donne aisément l'idée de l'importance qu'on doit attacher à ce symptôme ; il est en effet précoce et isolé, et faute d'avoir été diagnostiqué à temps il peut être le point de départ de lésions graves, qui ne sont pas traitées d'une façon rationnelle, ou qui le sont trop tard.

Pour ces raisons, pénétré de l'importance clinique, thérapeutique, voir même prophylactique de ce symptôme fréquent et souvent méconnu, nous n'avons pas craint de reprendre l'étude de cette importante question, heureux si nous pouvions contribuer, pour notre part, à donner à ce symptôme la place que sa fréquence

et sa précocité lui assignent dans la symptomatologie de la syphilis héréditaire.

Mettant à contribution les travaux de nos devanciers qui se sont surtout attachés à décrire la symptomatologie de cette affection, et profitant de la science, de l'expérience et des conseils dont M. Darier a bien voulu nous honorer, nous nous efforcerons de faire une étude aussi complète que possible de cette importante question, en insistant sur les points les plus importants : anatomie-pathologique, symptomatologie, diagnostique et complications dont la connaissance en raison des traces indélébiles qu'elles laissent souvent après elles, est de première importance pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire.

HISTORIQUE

Malgré la fréquence du coryza syphilitique chez le nouveau-né, les premiers travaux publiés sur l'hérédité de la syphilis et sur les différentes manifestations qui l'accompagnent, ne font aucune mention de cet important symptôme.

Jacques Catanée, dont les travaux datent du commencement du xvi^e siècle, cite déjà quelques observations de syphilis transmise des parents aux enfants, mais le coryza échappe à son observation. Il passe également inaperçu dans les travaux de Nicolas Massa, dans ceux de Gabriel Falloppé qui insiste surtout sur l'état général des enfants nouveau-nés, issus d'une mère syphilitique, qui, dit cet auteur, viennent au monde à moitié cuits « *semi cocti* ».

Ni Botal, Guyon Dolois, Hunter, ni Nisbet (1) qui cependant observa et décrivit avec soin

1. Nisbet. *Essais sur la théorie et la pratique des maladies vénériennes*. Paris 1778.

quelques-uns des symptômes qui caractérisent la syphilis héréditaire infantile et qui chercha à fixer la date d'apparition de ces symptômes, ne songèrent à appeler l'attention sur le coryza spécifique.

C'est dans le traité des maladies des enfants que publia en 1740, le médecin suédois Rosen que nous trouvons pour la première fois le coryza syphilitique nettement, mais brièvement indiqué : « on prendra garde, dit cet auteur, si l'on aperçoit un visage, des mains d'un jaune pâle, des yeux enfoncés avec un cercle bleuâtre et comme tuméfié, de la maigreur, un dépérissement de l'embonpoint, *un écoulement comme dans un rhume de cerveau*, et un enrrouement fréquent sans cause manifeste. »

Quelques années plus tard, en 1781, dans un remarquable travail publié par Doublet (1), le passage suivant montre que le coryza syphilitique n'avait pas échappé à cet excellent observateur : « La face est souvent livide, terreuse, quelquefois la peau est noire et desséchée ; ce ne sont plus les traits de l'enfance, les rides, les plis et les contractions de la douleur en font la miniature de la décrépitude, il paraît aussi au visage de petites pustules sèches comme à la tête. Les narines exsudent quelques fois une humeur purulente et d'autres fois sont

1. Doublet, *Maladies vénériennes des nouveau-nés*. Paris 1781.

bouchées par un mucus sanieux desséché ». Et plus loin : « La suppuration par le nez ou l'obstruction des narines par un mucus sanieux desséché sont des signes rares, mais funestes : ils indiquent une suppuration dans les sinus maxillaires et par conséquent un foyer qu'il n'est pas possible de déterger ».

West (1), dans son livre sur les maladies de l'enfance, en donne une bonne description. Cette affection était confondue en Angleterre avec les différentes rhinites observées chez les enfants, sous le nom de *Snuffles* qui veut dire souffler, faire du bruit en respirant. Voici la description qu'il en donne : « On rencontre quelques fois des cas où le coryza, tout en n'étant pas d'une espèce grave, devient fatigant par sa continuité pendant des semaines consécutives ; le coryza chronique est, je crois, presque toujours lié à la diathèse syphilitique, je l'ai observé dans plusieurs occasions où il n'y avait pas plus d'une ou deux taches cuivrées pour déterminer sa nature et quelques exemples se sont offerts à mon observation où on ne pouvait découvrir aucune manifestation de la syphilis soit dans le passé, soit dans le présent et qui pourtant guérissaient par l'usage de petites doses d'hydrargyre ».

Nous trouvons encore cette affection mention-

1. West. *Leçons sur les maladies des enfants.*

née par Bertin (1), mais cet auteur, par la coïncidence fréquente qu'il signale entre le coryza spécifique, l'ophtalmie purulente, des écoulements vaginaux ou verdâtres, semble avoir confondu des coryza de nature différente, et nous pensons que nombre de rhinites blennorrhagiques des nouveau-nés étaient considérées par Bertin comme de nature syphilitique.

En 1819 Capuron (2) esquisse aussi le coryza-hérédo-syphilitique.

En 1820, Rayet (3), dans une note publiée sur le coryza des enfants à la mamelle, le décrit avec plus de netteté. Il en rapporte quelques observations et insiste surtout sur le diagnostic.

Trousseau et Lassègue, en octobre 1847, publient dans les *Archives de médecine* un remarquable mémoire sur cette question. Dans ce travail la symptomatologie du coryza syphilitique est magistralement exposée. Quelques années plus tard, Trousseau (4) revenait sur ce sujet dans l'une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, sur la syphilis héréditaire.

En 1865, Roger (5), dans l'*Union médicale*

1. Bertin. *Maladies vénériennes des nouveau-nés*. Paris 1810.

2. Capuron. *Mal. des enfants*. Paris 1819.

3. Rayet. *Note sur le coryza des enf. à la mamelle*. Paris 1820.

4. Trousseau. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, III vol.

5. Roger. *Union médicale*. 1865, N° 10 à 17.

consacre une série d'articles aux diverses manifestations de la syphilis héréditaire précoce. Il en rapporte de nombreuses observations dans quelques-unes desquelles le coryza est signalé. Il note la fréquence de ce symptôme, mais il n'en fait pas une étude particulière.

Parrot, dans son remarquable travail sur la syphilis héréditaire et le rachitisme, puis en 1873 dans une communication faite à la Société anatomique, rappelle l'attention des médecins sur cette importante question.

Nous ne pouvons passer sous silence les magistrales leçons de M. le P^r. Fournier sur la syphilis héréditaire tardive, où nous trouvons discutées les lésions graves du squelette des fosses nasales, lésions qui semblent souvent sous la dépendance du coryza hérédito-syphilitique précoce.

Morell-Mackensie (1) et Maldenhauer (2), dans leurs ouvrages lui consacrent un chapitre spécial.

Parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés récemment de cette affection et dont les noms méritent d'être retenus, nous citerons surtout Paul Tissier (3), Blaise (4), Chaboux (5),

1. Morell-Mackensie : *Traité pratique des mal. du nez.*

2. Maldenhauer. *Traité mal. fosses nasales.*

3. Tissier : *Gazette des hop.*, 1896, p. 219.

4. Blaise. Thèse d'agreg. Paris.

5. Chaboux. Thèse de Paris, 1875.

Hudelo (1), Ripault (2), Boulay (3), Stoeber (4)
Romiciano (5).

1. Hudelo. Thèse de Paris, 1890.
2. Ripault. Thèse de Paris, 1896.
3. Boulay. *Traité des mal. enf.* Comby et Grancher.
4. Stoeber. Thèse Paris, 1891.
5. Romniciano. *Ref. med.* Naples, 1897, p. 775.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie du coryza syphilitique du nouveau-né est d'une part celle de la syphilis héréditaire et d'autre part l'étiologie du symptôme particulier dont nous nous occupons dans le présent travail. Nous résumerons donc brièvement les données nettement acquises à l'heure actuelle sur l'étiologie de la syphilis héréditaire en général en insistant sur celles qui sont spéciales au coryza syphilitique du nouveau-né.

Selon la définition donnée par M. le professeur Fournier : « la syphilis héréditaire est celle qui dérive pour le fœtus d'une syphilis des ascendants antérieure à la procréation ».

L'infection du produit de conception peut venir soit du père seul, soit de la mère seule, soit du père et de la mère :

a). Le père et la mère sont en puissance de syphilis, l'influence de ce couple syphilitique sur le fœtus est extrêmement nocive, puisque comme le montrent les statistiques de M. le professeur Fournier, la maladie est transmise au

fœtus dans 92 pour cent des cas, et la mortalité atteint le chiffre énorme de 68,1 pour cent.

b) La mère seule est syphilitique, l'infection se produit très souvent : 84 pour cent des cas. Elle est presque aussi nocive que dans le cas précédent, la mort s'observant dans 60 pour cent des cas.

c) Le père seul est syphilitique, l'hérédité spécifique est beaucoup plus rare dans ce cas. Elle se montre 37 fois sur 100 seulement et donne une mortalité ne s'élevant pas au delà de 28 pour cent.

Comme cela ressort du résultat de la première des statistiques que nous avons rapportées, les parents atteints tous deux de syphilis peuvent donner naissance à un produit absolument indemne. Cela tient à plusieurs raisons : Tout d'abord, et c'est un fait bien établi, l'ancienneté de la syphilis atténue sa faculté de transmission. Il n'est pas rare d'observer des ménages de syphilitiques dont les premiers enfants meurent avant le terme de la grossesse, puis, après une série de fausses couches ou d'accouchements prématurés, la grossesse finit par arriver à terme sans trop de difficulté, mais les enfants succombent en bas âge ; enfin, les derniers conçus, ou bien, naissent avec des accidents syphilitiques dont ils triomphent, ou bien naissent absolument indemnes de toute spécificité.

La transmissibilité héréditaire de cette affec-

tion semble donc subir une atténuation sensible et progressive à mesure qu'augmente l'âge de l'infection.

Cependant, et c'est là un fait des plus remarquables, cette contagiosité héréditaire persiste encore bien que la contagiosité directe ne soit plus possible.

C'est au cours de la première année de l'infection syphilitique que l'hérédité se montre plus fréquente et plus meurtrière, la mortalité étant de 88 sur 90 grossesses, d'après les observations de M. le professeur Fournier.

Les accidents s'observent encore très fréquemment au cours de la deuxième ou troisième année de l'infection, mais à partir de ce moment la fréquence des accidents héréditaires semble décroître rapidement et cela surtout à partir de la sixième année. Cependant, il est des cas, rares à la vérité, où l'on a vu des accidents syphilitiques se montrer chez les enfants dont les parents avaient contracté la maladie vingt ans auparavant. On voit donc par ces faits, qu'il est absolument impossible d'assigner un âge limité, même approximatif, à la possibilité de la transmission de la vérole des parents aux enfants.

A l'action atténuante si manifeste du temps, s'ajoute comme l'a bien montré M. le professeur Fournier, l'action plus puissante encore du traitement régulièrement et longtemps suivi ;

ce qui a permis de dire à M. le professeur Fournier : « avec du mercure et du temps, tout mé-
« decin, peut faire, d'un sujet syphilitique,
« sauf exception particulière et rare, un mari
« et un père non dangereux ».

Lorsque le père seul présente des accidents syphilitiques, la mère indemne, le mal se transmet à l'embryon par hérédité, la mère pourra devenir syphilitique, elle gagnera de son enfant la syphilis « *in utero* ». Cette vérole constitutionnelle, débute en général du deuxième au cinquième mois de la grossesse, mais, fait extrêmement curieux, cette infection de la mère par le fœtus peut ne pas s'observer et la mère mettant au monde un enfant syphilitique, peut demeurer saine. C'est là, la fameuse loi de Colles que l'on annonce encore de la façon suivante : « Un enfant procréé syphilitique par
« un père syphilitique, n'infecte jamais sa
« mère, saine en apparence ». Cependant elle a subi l'influence du virus syphilitique, puisque désormais elle est immunisée et que les inoculations ont sur elle un résultat absolument nul, comme l'ont montré les recherches de Finger. Il s'agit très probablement dans ces cas d'une infection maternelle atténuée, car si beaucoup de femmes bénéficient de la loi de Colles durant toute leur vie, par contre il en est d'autres qui présentent à une époque ultérieure des accidents tertiaires tardifs, ou qui

donnent naissance de nouveau à des enfants syphilitiques dans un second mariage avec un homme indemne de syphilis. Ce sont à ces faits que l'on donne le nom de syphilis héréditaire par imprégnation.

On a établi une réciproque à la loi de Colles, réciproque qui s'exprime ainsi : La mère syphilitique n'infecte pas son enfant qui reste sain en apparence à moins qu'elle n'ait contracté la maladie dans les deux derniers mois de sa grossesse.

Nous venons d'exposer brièvement, les circonstances différentes, dans lesquelles la syphilis se transmet des parents aux enfants, il nous resterait maintenant à indiquer l'époque d'apparition des divers accidents de la syphilis héréditaire, accidents qui se montrent d'une façon générale dans les six premiers mois de la vie. Nous n'insisterons que sur l'époque d'apparition et la durée du coryza syphilitique du nouveau-né.

Doublet, Bertin dans leurs observations, l'ont constaté au cours de la deuxième ou de la troisième semaine.

Roger dans une observation l'a vu faire son apparition au huitième jour.

Dans la plupart des observations rapportées par Trousseau et Lassègue (1) le coryza s'est

1. Trousseau et Lassègue. *Arch. de med.* 1887.

montré de très bonne heure : dans leur première observation le coryza, précédé par l'apparition d'une teinte bistrée, s'est montré vers le vingtième jour.

Dans l'observation II, un garçon né le 7 avril présente le 8 mai des taches d'erythème et le 10 un coryza net. Ce dernier a donc fait son apparition vers le 33^e jour.

Dans l'obs. III, un garçon né le 14 février présente du coryza syphilitique le premier mars, le 12 une roséole caractéristique. Dans cette observation le coryza spécifique c'est donc montré vers le 15^e jour.

Dans l'obs. IV, l'apparition du coryza a été plus tardive (5^e semaine), mais il présenta une évolution plus rapide et plus grave car il fut suivi de lésions du squelette nasal qui déterminèrent l'affaissement du nez.

L'obs. VI a trait à une fille née le 2 janvier, qui présenta au 18^e jour, un coryza syphilitique intense et chez laquelle apparurent des ulcérations spécifiques le 28^e jour.

De leurs observations ces auteurs concluent que le coryza syphilitique se montre rarement du premier au quinzième jour après la naissance, il est exceptionnel après le huitième mois. Trousseau rapporte cependant une observation où le coryza spécifique fut observé au dixième mois, mais c'est là une exception.

Rellet et Barthez (1) lui assignent comme date d'apparition le cours de la deuxième semaine à la troisième.

D'après Tissier (2), le coryza syphilitique rare avant le 10^e ou 15^e jour, serait exceptionnel après le huitième mois.

Ripault dans sa thèse cite les mêmes dates.

« Le coryza spécifiques s'observe de préférence pendant la 1^{re} ou 2^e semaine, quelquefois vers la fin du premier mois. On l'a cependant constaté jusqu'au cinquième mois (Morell-Mackensie) ».

Des recherches plus récentes faites par Romniciano (3) sur les formes de la syphilis héréditaire observées à l'hôpital des enfants de Bukarest de 1874 à 1896, il ressort nettement par cet auteur, que la syphilis héréditaire commence constamment par le coryza spécifique qui fait son apparition du premier au quatrième mois.

Dans son article récent, paru dans *le Traité des maladies des enfants de Grancher et Comby*, Boulay dit que le coryza syphilitique apparaît au cours de la deuxième ou troisième semaine, mais cependant qu'il n'est pas absolument rare de l'observer au cours des deuxième, troisième ou quatrième mois après la naissance.

1. Rellet et Barthez. *Mal. des enf.* 1 vol.

2. Tissier. *Gaz. des hôp.* 1896.

3. Romniciano. *Loc. cit.*

Le coryza syphilitique des nouveau-nés est donc un accident précoce.

Regardé comme fréquent par Roger, Rellet et Barthez, Loddo, et la plupart des auteurs, le coryza serait pour ainsi dire constant pour Romniciano.

Dans une statistique publiée en 1888 par Miller (1) et qui porte sur l'observation de mille enfants syphilitiques observés à la crèche de Moscou, la rhinite spécifique a été notée dans 58 0/0 des cas, *c'est donc aussi un accident fréquent de la syphilis héréditaire.*

Il résulte donc de ce qui précède et des ouvrages et observations que nous avons consultés pendant notre travail que le coryza syphilitique est un accident précoce et fréquent de la syphilis héréditaire.

Il est souvent le premier symptôme de la syphilis, quelquefois le symptôme unique comme l'avait déjà fait remarquer West et comme nous avons pu le constater dans de nombreuses observations publiées par divers auteurs et plusieurs cas observés dans le cours de nos études. Si dans beaucoup d'observations il n'est noté que comme symptôme tardif, l'intensité, notée alors, nous fait croire que son début a été méconnu ou passé inaperçu.

Comme causes déterminantes de cette affec-

1. Miller, *Jahr. für kind. heilkunde* 1888.

tion, les auteurs ont invoqué l'action du froid, la respiration d'un air chargé de poussière, etc... Ce sont là les causes banales que l'on envisage d'une façon générale pour toute variété de coryza et qui n'ont dans ce cas particulier qu'une influence tout à fait secondaire. Cependant, chez le nouveau-né, la respiration se faisant exclusivement par le nez c'est le point de l'organisme qui aura le plus à souffrir des variations de l'atmosphère ambiant, variations qui pourront déterminer du côté de la muqueuse nasale des lésions hyperhémiques qui en feront un « *locus minoris resistentiæ* » où le processus syphilitique aura moins de peine à triompher de la résistance de l'organisme et où il pourra produire ses premières manifestations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étroitesse des fosses nasales chez le nouveau-né est une des causes principales de l'intensité que revêtent les symptômes du coryza, qu'elle qu'en soit du reste la nature.

Chez le nouveau-né, les cellules ethmoïdales n'existent pas. Elles n'apparaissent que dans le cours des quatre premières années, le sinus frontal et le sinus sphénoïdal, se développent au moment de la puberté, même plus tard suivant Cruveilhier. Wirkow décrit cependant chez le nouveau-né, un petit enfoncement à la place qu'occupera dans la suite le sinus sphénoïdal et dans lequel la muqueuse nasale s'invagine.

Les sinus maxillaires n'existent que sous la forme, d'une petite fente à direction antéro-postérieure.

Pour Koth et Lorent, la voûte palatine et le voile du palais sont plus horizontaux que chez l'adulte; de plus le cornet inférieur présente la même direction, de sorte qu'il est très rappro-

ché du plancher des fosses nasales. Le méat inférieur est donc très petit.

Le pharynx est cylindrique et à sa partie supérieure les muscles prévertébraux forment une saillie plus notable que chez l'adulte, particularité qui contribue à diminuer à la partie postéro-supérieure, les dimensions de l'arrière cavité des fosses nasales.

Nous n'avons rapporté et insisté sur ces différentes considérations anatomiques que pour bien faire ressortir l'étroitesse des cavités nasales chez le nouveau-né et montrer comment le moindre gonflement de la muqueuse, l'épanchement le plus minime de mucosité pourront occasionner rapidement l'oblitération des fosses nasales et provoquer une gêne considérable de la respiration et par là devenir un réactif très sensible de tout état pathologique des fosses nasales, aussi léger qu'il soit.

Les lésions anatomo-pathologiques observées au cours du coryza spécifique peuvent se diviser en trois degrés :

1° Inflammation catarrhale de la muqueuse.

2° Lésions ulcéreuses de la muqueuse, ou lésions cicatricielles qui lui succèdent et se montrent tantôt sous l'aspect de cicatrices simples, tantôt sous forme de bandelettes fibreuses, d'adhérences cicatricielles. On peut également constater de véritables bourgeonnements de la muqueuse ou de l'hypertrophie simple.

3^o Lésions intéressant le périoste et le squelette des fosses nasales.

Les lésions inflammatoires simples sont celles qu'on observe le plus souvent, elles sont constantes au début de l'affection et peuvent persister seules pendant toute sa durée. Ces lésions bien étudiées pour la première fois par Zeissl, n'intéressent le plus souvent que l'épithélium, les papilles, les glandes et le tissu conjonctif de la muqueuse. Elles ne se propagent que très rarement aux éléments sous-jacents.

Au point de vue microscopique, on constate une disparition presque complète des cils vibratils de la muqueuse des fosses nasales. Les couches les plus superficielles du chorion muqueux sont infiltrées de cellules rondes. Les vaisseaux sanguins sont dilatés. Dans leur voisinage, on constate des globules blancs issus par diapédèse.

L'examen microscopique de la sécrétion nasale y dénote la présence de globules blancs, globules d'autant plus nombreux que la sécrétion a plus de tendance à devenir purulente.

Ce sont là des lésions bien connues et notées dans la plupart des observations.

Dans quelques autopsies récentes, on a constaté, indépendamment des lésions hyperhémiques de la pituitaire des lésions absolument analogues du tissu lymphoïde qui occupe le naso-pharynx, tissu surtout représentés par l'amygdale de Luscka.

Nous rapportons ci-après une observation que nous devons à l'obligeance de M. Darier, où le fait est nettement constaté. Il s'agit d'une mère syphilitique qui entre à l'hôpital avec son enfant atteint de lésions spécifiques et qui meurt à l'hôpital. L'observation est trop intéressante pour ne la produire qu'en partie.

OBS. — La nommée R..., Nathalie âgée de 19 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, le 25 octobre 1890.

Née à A... (Ardennes) entre en service à Paris à l'âge de 15 ans.

Elle a accouché à 8 mois 1/2, le 16 septembre 1890, d'une fille. Elle a été soignée à l'hôpital de Versailles où elle est restée 11 jours. Elle a fait sa grossesse sans rien voir de spécial nulle part sur le corps, sauf un écoulement blanc et abondant au dernier mois.

Le 18 octobre 1890, la malade se présente à la Préfecture de police pour se faire examiner pour être nourricie. Le médecin lui découvre quelques boutons suspects et l'adresse à l'hôpital Saint-Louis.

Le 23 octobre, examen de la malade : Roséole au début sur la poitrine et le dos.

Examen des parties génitales : Rien au lèvres de la vulve, pas de trace d'induration. Au spéculum : catarrhe muco-sanguinolent très abondant du col.

On engage la malade à entrer à l'hôpital avec son enfant.

Le 25 octobre la malade entre dans le service.

Roséole très manifeste sur le dos, la poitrine et le bras. Les deux amygdales sont dépolies et un peu grisâtres. Boutons et petites croûtes dans les cheveux. Retour de couche.

L'enfant examinée ne présente rien de suspect sur le corps. Elle est née petite. Nourrie au sein par sa mère, a eu deux fois déjà du muguet buccal. En ce moment la mère a très peu de lait et est obligée de suppléer avec du lait ordinaire pour l'alimentation de l'enfant.

Etiologie. — Le père de l'enfant que la mère voyait depuis deux ans est mort il y a sept mois, c'est-à-dire environ deux mois après le début de la grossesse. Mort de pneumonie et pleurésie.

Quatre mois après, la malade a eu des rapports avec un autre homme, soldat à Versailles. Celui-ci envoyé à la Rochelle en détachement est resté 15 jours à l'hôpital pour une angine. A son retour il avait des boutons sur le visage ; alopecie assez marquée.

La malade ne s'est jamais aperçue d'avoir eu un chancre nulle part et ne signale que l'écoulement abondant du 8^e mois de la grossesse.

Traitement. — Une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten.

Le 31 octobre. — *L'enfant pèse 3 kilos 220 gr. Apparition de petits boutons à la région pubienne, au tronc du front. Diarrhée verte. Erythème des fesses.*

La mère présente des plaques muqueuses et une double adénopathie inguinale surtout marquée à droite. Pas de trace de chancre.

Le 4 novembre. — *L'enfant a une mauvaise odeur d'o*

zène dans le nez. Coryza assez abondant. Petits boutons au cou et au front.

Le 5 novembre. — *Le coryza continue, l'érythème des fesses est mêlé de papules. Petits boutons aux bras, au tronc.*

Traitement. — *Friction mercurielle, 1 gr. KI. 0 gr. 10 cgr.*

Le 6 novembre. — *Eruption généralisée sur tout le corps, jambes, tronc, bras, face. Poids 3 kil. 85 gr.*

Le 11 novembre. — *Meilleur état général, syphilides disséminées partout; tronc, fesses, cuir chevelu, etc. Poids 3 kil. 240 gr.*

La mère se plaint de gêne de la déglutition. Grosseurs sous-maxillaires bilatérales. Fièvre. T. 39°, le soir.

Le 12 novembre. — Oreillons bilatéraux et surtout sous-maxillaires. Pas de stomatite, un peu de salivation. Contracture de la mâchoire, gêne de la déglutition et de la parole.

Traitement — Suppression de la liqueur de Van Swieten. KI. 2 gr.

Le 14 novembre. — L'engorgement ganglionnaire d'abord surtout sous-maxillaire devient aussi parotidien très marqué. Fièvre, état général sérieux, gêne de la parole et de la déglutition.

Le 15 novembre, érysipèle manifeste sur le côté droit du visage. La fièvre tombe.

Le 17 novembre, meilleur état général. Le gonflement parotidien a diminué un peu. Ganglions sous-maxillaires suppurés. Erythème infectieux sur les jambes et les cuisses.

Le 18 novembre. — *Poids de l'enfant 3 kilog. 520 gr. Plus de boutons sur le corps. Nez croûteux et saignant. Diarrhée verte.*

Mère. Incision de l'abcès sous-maxillaire. Culture du pus : *Streptococcus pur.*

1^{er} décembre. — *Enfant teint plombé. Coryza intense. Selles vertes, sans diarrhée. Intertrigo des fesses. Poids 3 kil. 733 gr.*

Traitement 2 gr. de frictions. K. I. O gr. 15. Eau de chaux.

8 décembre. — *Enfant mauvais état. Teint gris. Ne profite pas. Même poids.*

12 décembre. — *L'enfant meurt sans présenter rien de nouveau.*

Autopsie de l'enfant R. faite le 14 décembre, 39 heures après la mort.

La rigidité cadavérique a disparu en partie. Enfant bien conformé, mais développement exagéré du ventre. Erythème fessier et péri-génital descendant jusqu'aux jambes. Poids 3720 gr.

Cavité abdominale. — Deux cents gr. environ de liquide séro-sanguin contenant des flocons fibrineux. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts. Les anses intestinales modérément distendues par des gaz présentent une vascularisation exagérée ; pas d'adhérences moins quelques flocons fibrineux en différents points, notamment sur le mésentère dont l'aspect est louche. Quelques taches congestives sur le bord libre.

La dernière portion de l'iléon montre par transparence une teinte un peu opaque. Le cœcum et l'appendice sont situés immédiatement sous le foie.

Cavité thoracique. — Pas d'épanchement dans les plèvres. Quelques gouttes de liquide séreux dans le péricarde. Le canal artériel paraît oblitéré.

Cœur. — Pas de vice de conformation et de lésions pathologiques.

Poumon gauche. — Œdème et congestion du lobe inférieur qui crépite peu.

Poumon droit. — Même état.

Les ganglions du hile ne sont pas tuméfiés.

Bouche, pharynx, œsophage, larynx, trachée, corps thyroïde et thymus : rien d'anormal.

Les amygdales ne sont ni tuméfiées ni rouges, mais l'amygdale de Luschka est, au contraire, rouge, tuméfiée et forme des circonvolutions saillantes entre lesquelles on voit des sillons profonds. Les fosses nasales autant qu'on peut le voir après l'ablation de la voûte palatine sont normales.

Viscères abdominaux. La rate volumineuse mesure 10 centimètres sur 6 centimètres. Son tissu est ferme.

Reins. — Lobulés, tissus fermes. Pas de congestion et dans les pyramides, pas d'infarctus blancs ou rouges.

Le pancréas n'est point du tout induré.

L'estomac contient du lait nullement digéré. Aucune lésion.

Foie. — Poids 260 grammes. Le foie est d'une couleur claire, marbré de toutes petites taches lie de vin. Sur la coupe, son tissu est dans son ensemble d'une couleur jaune chamois, marbré de taches rouges foncé. Ces taches sont si abondantes, dans le lobe gauche que la couleur du fond en est masquée. Pas de taches graisseuses. La capsule n'est nul-

lement épargnée, la consistance est ferme, même très ferme et coriace et crie sous le couteau. Les taches rouges foncées semblent plutôt siéger à la périphérie des lobules. ?

On ne trouve sur les coupes aucun nodule gommeux. En certains points sous la capsule la consistance est très dure, l'ongle n'entre pas et la coloration est uniformément jaune grisâtre sur une bande de trois millimètres. Bile jaune claire abondante.

Intestin grêle. La tache rouge congestive signalée sur l'iléon siège à sa partie supérieure.

Après l'ouverture de l'intestin, on voit qu'elle ne correspond pas à une ulcération ou à une plaque épaissie; elle siège à côté d'une plaque de Peyer, elle paraît purement congestive.

Quelques plaques de Peyer sont un peu tuméfiées mais à peine congestionnées. Les ganglions mésentériques sont gros, mais d'un rose pâle. Pas de lésions du cœcum ni du côlon. L'intestin contient dans toute son étendue du lait caillé, non digéré, sans odeur, non coloré par la bile.

Chaque ovaire présente deux kystes de la grosseur d'un petit pois.

Humérus gauche, extrémité inférieure du fémur et supérieure du tibia gauche, aucune lésion. Lignes d'ossification normales.

En résumé, tuméfaction de l'amygdale de Luschka. Lésions congestives non spécifiques de l'intestin. Péritonite au début. Hépatite interstitielle diffuse. ? Pas de gommes en aucun point. ?

Ces lésions inflammatoires du tissu adénoï-

dien du naso-pharynx, donne lieu sur le vivant à quelques signes particuliers, sur lesquels nous insisterons en exposant la symptomatologie de l'affection.

Les lésions ulcéreuses de la muqueuse nasale sont infiniment plus rares. Elles n'ont pas été notées dans les observations récentes et Boulay les considère comme absolument exceptionnelles. Trousseau signale des ulcérations ordinairement petites et nombreuses, d'une profondeur variable, se montrant en différents points de la surface muqueuse. Dans son article du *Dictionnaire Dechambre* P. Diday (1) s'exprime de la façon suivante : « A l'examen cadavérique la lésion ordinaire est une tuméfaction avec coloration ardoisée, livide, de la muqueuse, à la surface de laquelle on trouve souvent des ulcérations peu profondes, peu étendues, à bords taillés à pic et recouvertes d'un exsudat jaunâtre diphtéroïde analogue de tous points à celles qui succèdent aux plaques muqueuses ».

Nous rappellerons à propos le passage suivant que nous empruntons à M. le professeur Fournier : « Quant aux lésions que l'influence hérédosyphilitique réalise sur les diverses muqueuses (nez, gorge, bouche, etc.) elles sont la copie fidèle de celles que produit sur les mêm-

1. Diday. *Dict. Dechambre*. Art. *coryza*, p. 598.

mes points la syphilis acquise. Or nous savons qu'on trouve dans les syphilides des muqueuses, la plupart des types décrits dans les formes cutanées, tantôt constituées par des macules rouges : c'est la roséole des muqueuses ; des papules, le plus souvent érosives : ce sont les plaques muqueuses.

Nous ne dirons rien de particulier soit des cicatrices simples, soit des adhérences cicatricielles déterminant des synecchies. Nous y reviendrons au chapitre des complications.

Nous ajouterons cependant à ce que nous venons de dire une lésion signalée comme fréquente par M. Sevestre (1) : « Lorsque le coryza, dure depuis quelques semaines, il se produit une rétraction spéciale des orifices antérieurs des narines. La peau est à ce niveau plus lisse, plus tendue, comme attirée vers l'intérieur et l'orifice est lui-même plus étroit, il semble en un mot, que la narine se rétracte vers l'intérieur ».

Les lésions du squelette des fosses nasales, au cours du coryza syphilitique, ont été signalées depuis longtemps. Nous trouvons à ce sujet, dans le livre de Bertin (2), le passage suivant : « Mes prédécesseurs ont cité quelques exemples de la terminaison de cette maladie par la fonte

1. Sevestre. *Clin. des mal. des enfants*, p. 89.

2. Bertin. *Mal. vénériennes des nouveau-nés*. Paris, 1820.

de la membrane pituitaire et la carie des fosses nasales et des cornets ».

Trousseau (1) les décrit de la façon suivante : « Les ulcérations de la muqueuse peuvent pénétrer jusqu'aux os, en provoquer la carie, détruire partiellement le vomer, les cornets, etc., et à la suite de ces graves lésions, entraîner la nécrose même d'une partie du maxillaire. Dans des cas encore plus rares, on voit des ulcérations se rapprocher de la forme scrofuleuse, la cloison cartilagineuse se perfore, la lame perpendiculaire de l'éthmoïde se convertit en un tissu semi-cartilagineux, se gonfle, devient comme fongueuse ».

Les lésions intéressant le squelette sont extrêmement rares. West n'en signale qu'un cas chez un enfant âgé de quelques mois où des lésions très étendues des fosses nasales s'étaient compliquées de la destruction de la paroi osseuse du palais. Trousseau et Lassègue n'en rapportent qu'un fait observé chez un enfant de cinq semaines, où un affaissement du nez succéda rapidement aux symptômes du coryza syphilitique. Parrot (2), sur 200 cas de syphilis n'en a également vu qu'un seul cas. Dans ses leçons sur la syphilis héréditaire, M. le professeur Fournier partage le même avis : « Faut-il

1. Trousseau et Lassègue. *Loc. cit.*

2. Parrot. *La syph. héréd. et le rachitisme*, Paris, 1886.

imputer ces déformations infantiles du nez à des destructions nécrosiques de la charpente nasale, destructions résultant elles-mêmes d'ulcérations spécifiques d'un coryza ulcéreux ?

C'est là une pathogénie rationnelle, admissible en principe, car on a vu le coryza infantile, se compliquer d'ulcérations véritables, entamant la muqueuse, mettant à nu le cartilage, puis le perforant, le nécrosant, mais il faut bien reconnaître que des ulcérations de ce genre sont rares, presque exceptionnelles. Mon ami, M. le professeur Parrot, qui a fait un nombre considérable d'autopsies d'enfants syphilitiques, me disait un jour que la règle est de ne rencontrer dans les fosses nasales des jeunes enfants qu'une tuméfaction hypertrophique de la muqueuse, que les ulcérations y sont rares, que celles qui s'y observent exceptionnellement sont à la fois peu étendues et peu profondes ».

Dans les rares cas où les lésions attaquent le squelette, l'aspect des déformations observées varient selon les points intéressés.

Voici, d'après M. le professeur Fournier, les types observés :

a). La perte de la sous-cloison nasale détermine l'abaissement de la pointe du nez et l'apparition de cette déformation désignée sous le nom de « nez de perroquet ».

b). La destruction des os propres du nez peut

amener un aplatissement spécial de la base de l'organe et, à l'envers des cas précédents, un relèvement de la pointe, donnant ainsi naissance au nez dit « camard ».

c). Lorsque le cartilage de la sous-cloison est détruit, il se produit une sorte d'enfoncement des deux segments l'un dans l'autre. Le segment inférieur remonte, rentre dans le supérieur avec production au niveau de la racine du nez d'une sorte de bourrelet, ce qui a fait donner à cette déformation le nom de « nez en lorgnette ».

En 1891, Botay (1) a repris l'étude de ces lésions, il y joint un quatrième type constitué par un effondrement de l'ensemble du nez, de la pointe à la base; il n'y a plus d'orifice apparent des narines, le relief de l'appendice a disparu, ne laissant comme reliquat qu'un petit tubercule occupant le milieu de la lèvre supérieure. Cette variété de nez syphilitique est due à la destruction des os propres du nez et de la partie toute antérieure de la cloison cartilagineuse.

En résumé on voit, d'après les faits que nous venons d'exposer, que l'architecture du nez sera surtout menacée quand la syphilis se localisera au niveau des articulations chondro-ethmoïdales et chondro-vomériennes.

1. Botay, *Arch. int. de Laryng.*, 1891, p. 209.

SYMPTOMATOLOGIE

Le coryza syphilitique des nouveau-nés débute souvent insidieusement et on ne lui attache d'ordinaire que fort peu d'importance étant donnée son apparente bénignité. Un début brusque rappelant celui du coryza aigu est plus rare.

La plupart du temps les choses se passent de la façon suivante :

L'enfant éprouve tout d'abord un état particulier bien connu et que l'on désigne sous le nom d'enclenchement, résultant d'une gêne de la respiration nasale. Ce symptôme n'est pas particulier au coryza syphilitique. On l'observe également dans toutes les phlegmasies de la muqueuse pituitaire, surtout lorsque ces inflammations revêtent une allure aiguë.

Le processus morbide s'accusant, la respiration nasale devient de plus en plus difficile. L'inspiration et l'expiration s'accompagne d'un véritable sifflement perceptible à distance. Cette gêne de la respiration produit suivant l'expres-

sion de M. le professeur Dieulafoy un véritable triage nasal, surtout facile à observer la nuit.

Cette difficulté de la respiration nasale, devient surtout appréciable lorsque l'enfant tète « c'est à ce moment en effet, qu'il est aisé de mesurer la gêne de la respiration, soit parce qu'elle ne peut s'exercer par la bouche, soit à cause des efforts de succion qui précipitent déjà les mouvements respiratoires ». (Trousseau et Las-sèque).

« La respiration par la bouche devient impossible, l'enfant s'arrête alors à chaque instant, obligé de quitter le sein pour respirer, il crie, s'agite et ne tarde pas à refuser complètement le sein ». (1)

Cette gêne manifeste de la respiration nasale n'est cependant pas plus prononcée que dans les coryza aigus non syphilitiques, elle est même moins marquée que dans le coryza qui se montre à la période d'invasion de la rougeole. La plupart du temps cet enchifrènement ne s'accompagne pas, du moins au début, d'un écoulement limpide ou muqueux et c'est là un caractère particulier à cette variété de coryza.

Cette première étape de l'affection dure en général fort peu de temps souvent elle passe à l'insu de la famille et du médecin qui n'avait attribué aucune attention à une altération si légère et

1, Sevestre. *Clin. inf.* 1887.

si fréquente chez les enfants, jusqu'à ce que des faits plus significatifs viennent éveiller l'attention : la sécrétion nasale s'établit ou change de nature, constituée par des mucosités filantes, transparentes au début, puis séreuses ou séropurulentes, ces sécrétions s'épaississent, prennent une teinte d'un noir verdâtre, elles se teignent, se strient de sang. Il peut se produire à ce moment de véritables écoulements sanguins qui se répètent une ou deux fois par jour et que dans certains cas, comme Trousseau en rapporte un exemple, peuvent atteindre les proportions d'une véritable épistaxis. Cet écoulement de muco-pus sanguinolent est regardé comme pathognomonique par la plupart des auteurs. Il est signalé dans nombre d'observations, cependant il est là un symptôme que nous n'avons observé que très rarement et M. Darier le considère comme absolument rare.

A mesure que la maladie fait des progrès, la sécrétion nasale devient de plus en plus sanieuse, un pus ichoreux s'écoule constamment du nez. Ce pus se concrète en croûtes brunâtres ou verdâtres qui oblitèrent l'orifice antérieur des fosses nasales, recouvrent la lèvre supérieure et adhèrent fortement aux téguments sous-jacents qui saignent facilement lorsqu'on cherche à faire l'ablation de ces croûtes.

Au début l'écoulement sanieux qui s'échappe continuellement des narines détermine de l'é-

rythème du vestibule des fosses nasales, puis il irrite par son passage et son séjour prolongé le légument de la lèvre supérieure qui rougit, s'épaissit puis enfin s'excorie, se fendille. A ces excoriations succèdent souvent des petites ulcérations, puis des fissures profondes que recouvrent des croûtes brunâtres adhérentes.

Dans certains cas la peau de la lèvre supérieure sur laquelle coule la sécrétion nasale, ne se s'excorie pas. Elle prend une couleur brune jaunâtre particulière rappelant le teint d'une feuille sèche, suivant la comparaison de West(1).

Bientôt les lésions gagnent les sillons labio-nasaux, y déterminent la production de fissures plus ou moins profondes, de vésicules, de pustules, souvent rebelles au traitement.

La lèvre supérieure qui au début ne présentait que des lésions cutanées, ne tarde pas à présenter des lésions muqueuses qui s'étendent également à la lèvre inférieure. On y remarque nombre de petites fissures perpendiculaires à la direction des lèvres. Ces fissures saignent facilement lorsque l'enfant tète. On constate également la plupart du temps, des petites ulcérations au niveau des angles de la bouche.

L'écoulement nasal devient de plus en plus sanieux et fétide à mesure que les ulcérations intra-nasales s'accusent davantage. Nous n'in-

1. West. *Mal. des enfants*,

sisterons pas en ce moment sur ces lésions que nous considérons comme des véritables complications du coryza syphilitique et qui sont produites par l'extension du processus syphilitique qui le plus souvent vient se greffer sur une ulcération d'ordre banal produite par l'adhérence des croûtes, ulcérations qui constituent un véritable point d'appel pour la localisation et détermination des lésions spécifiques. En effet nous nous trouvons en présence d'un organisme peu résistant en puissance d'une infection spéciale, dans cet organisme, nous avons une muqueuse nasale altérée non seulement dans sa vitalité mais encore dans sa constitution puisqu'elle présente des érosions. Pourquoi n'admettrions-nous pas là, l'influence générale qu'exercent les infections au cours de leurs évolutions sur les lésions concomitantes ? Ne savons-nous pas en effet qu'une ulcération banale, chez un individu sain, peut devenir le point de départ d'une tuberculose locale chez un phymateux, d'une plaque muqueuse ou d'une gomme, chez un syphilitique. Pourquoi ne pas admettre cette influence dans le particulier et considérer les lésions profondes qui succèdent au coryza spécifique, comme des manifestations syphilitiques qui sont venues se greffer sur les érosions banales qui accompagnent souvent le coryza spécifique des nouveau-nés ?

Nous admettrons donc que le coryza spécifi-

que proprement dit, ne s'accompagne pas d'ulcérations spécifiques : plaques muqueuses, ulcérations gommeuses, etc., il est constitué uniquement par une altération dans la structure de la muqueuse hypertrophiée et dans sa vascularisation, ce n'est que secondairement et exceptionnellement qu'apparaissent des ulcérations qui, franchissant la barrière muqueuse que lui oppose la membrane de Schneider, gagnent soit le squelette des fosses nasales, soit les parois des cavités voisines. Ces considérations nous ont engagé à faire de l'étude de ces lésions un chapitre spécial où nous les étudierons sous le nom de complications du coryza syphilitique du nouveau-né.

Dès le début de l'affection, en pratiquant l'examen rhinoscopique à l'aide du petit spéculum nasal de Duplay on constate : un gonflement très marqué de la muqueuse nasale, ce gonflement prédomine au niveau du cornet inférieur et s'accompagne d'une rougeur intense de toute la muqueuse, mais, comme nous l'avons déjà dit précédemment, on n'y constate pas de lésions rappelant les plaques muqueuses comme le prétendaient à tort les anciens auteurs.

Plus tard, l'examen rhinoscopique antérieur pratiqué après l'ablation des croûtes qui oblitèrent fréquemment l'entrée des narines, montre, outre le gonflement et la rougeur précédemment indiqués, un épaississement très marqué de la

pituitaire, épaissement surtout prononcé sur les cornets inférieurs, qui, en dedans, viennent s'accoler à la cloison et s'appuient en bas au plancher des fosses nasales.

Cette muqueuse est souvent recouverte de croutelles adhérentes dont l'ablation détermine la production de petites érosions, saignant facilement. Jamais, nous le répétons, on ne trouve à cette période ni plaques muqueuses, ni ulcérations spécifiques particulières.

Dans les cas où l'hypertrophie de la muqueuse est moins prononcée, l'espace laissé libre entre le cornet, la cloison et le plancher des fosses nasales est rempli de mucosités grises ou jaunâtres fortement adhérentes.

Comme l'a fait remarquer avec raison Ripault et comme cela est nettement marqué dans l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Darier : aux lésions de la muqueuse nasale se joignent, dans presque tous les cas, des altérations du tissu adénoïdien du naso-pharynx. En effet si l'on pratique chez les enfants atteints de coryza syphilitique l'exploration du cavum par le toucher, la rhinoscopie postérieure étant absolument impossible chez les jeunes enfants, on constate une augmentation de volume marquée de l'amygdale de Luscka et du tissu adénoïde circumvoisin.

Cette adénoïdite, qui est très probablement sous la dépendance de la rhinite spécifique, vient

encore augmenter la gêne de la respiration nasale et les difficultés du traitement (1).

La constatation de ces lésions concomitantes des tissus adénoïdiens n'est pas sans importance. En effet, quoique étant plus accusé dans la première enfance, on retrouve également plus tard chez l'adolescent et même chez l'adulte, des poussées d'adénoïdites analogues, développées sous l'influence de la localisation de lésions syphilitiques sur les voies respiratoires ou digestives supérieures.

Ces lésions ne sont cependant pas particulières à la syphilis. On sait actuellement combien elles sont fréquentes et chez les scrofuleux et chez les lymphatiques, ces candidats sérieux à la tuberculose.

On sait qu'elles ne manquent pour ainsi dire jamais chez les hérédotuberculeux.

Il existe donc là une liaison étroite entre les deux grandes diathèses syphilitique et tuberculeuse, liaisons qui dans certains cas n'existent pas seulement pour des altérations limitées au tissu adénoïdien du naso-pharynx, mais s'étend à des altérations similaires de tout le système lymphatique.

On sait combien est fréquente chez les hérédotuberculeux la polymicroadénie !

Dans nombre d'observations des adénites ana-

1. Ripault. Thèse de Paris, 1895-1896.

logues, en différant cependant par la dureté et l'indolence, ont été notées chez des hérédosyphilitiques.

Il semble donc, que si la syphilis frappe particulièrement et d'une manière constante, pour ainsi dire, le tissu lymphoïde du naso-pharynx, elle peut également retentir sur tout le système lymphatique, dont la prolifération est la caractéristique de la lutte que soutient l'organisme vers l'une des diathèses aussi bien que vers l'autre.

L'un des caractères essentiels du coryza hérédosyphilitique du nouveau-né est sa tendance à la chronicité. Nous avons déjà indiqué, au début de ce chapitre, les différentes périodes de la maladie, périodes caractérisées par les changements que l'on observe dans l'état de la sécrétion nasale.

Le coryza syphilitique, bien que bénin dans certains cas, ne présente pas de tendance à la guérison spontanée et si même quelquefois il passe inaperçu, c'est que l'attention est appelée sur d'autres manifestations, cutanées ou viscérales, qui ne tarderont pas à emporter le petit malade, s'il n'est rapidement soumis au traitement spécifique.

En effet, le coryza hérédosyphilitique est le prélude d'une déchéance organique qui évoluera rapidement et sur laquelle insistaient déjà les anciens auteurs ; Doublet, West, etc.

L'évolution du coryza-syphilitique s'accompagne chez les nouveau-nés d'un dépérissement graduel. Comme le font remarquer Trousseau et Lassègue (*loc. cit.*) il faut distinguer dans l'évolution de cet état cachectique deux périodes : une initiale que l'on peut attribuer au progrès de la maladie, l'autre terminale qui est le plus souvent l'annonce d'une mort prochaine.

Dès les premiers jours où les accidents syphilitiques se sont manifestés avant que la santé se soit pervertie, les enfants à la mamelle ont acquis une physionomie particulière : la peau, surtout celle du visage, perd de sa transparence, devient terne, sans bouffissure ni amaigrissement. Sa coloration rosée disparaît, elle est remplacée par une teinte bistrée. On dirait qu'une couche de matière colorante a été déposée inégalement.

La teinte bistrée manque rarement, elle varie quant à l'étendue, à l'intensité et à l'époque de son apparition. Tantôt elle occupe presque toute la surface de la peau, mais alors même, elle se prononce davantage dans ses lieux d'élection ; tantôt elle réside presque exclusivement au visage, tantôt enfin quelques points de la face, presque toujours les mêmes, en sont seuls affectés. En général plus la teinte est diffuse, moins elle est fortement accusée. On la constate surtout au bas du front, sur le nez, sur les paupières, sur la partie la plus saillante des joues. Les portions

plus profondes comme l'angle interne de l'orbite, le creux de la joue et celui qui sépare la lèvre inférieure du menton en sont presque toujours préservés.

On ne saurait cependant lui assigner des limites exactement régulières, ainsi on le voit siéger exclusivement au pourtour de la bouche, sur l'éminence du menton, à la racine du nez, sur l'arcade sourcillière. L'enfant devient d'une teinte générale pâle, blafarde.

Nous avons vu que quelquefois la sécrétion devient séro-sanguinolente. Ce fait est considéré comme fréquent par la plupart des auteurs, il est regardé par Diday comme coïncidant avec le développement des plaques muqueuses sur la pituitaire. Nous avons indiqué au chapitre de l'anatomie pathologique les différentes déformations qui succèdent aux altérations du squelette des fosses nasales, nous n'y reviendrons pas, pour le moment nous ajouterons cependant que ces lésions s'installent, évoluent d'une façon absolument insidieuse pour se révéler un jour complètement et brutalement constituées.

Le temps que les accidents mettent à parcourir ces diverses périodes est extrêmement variable, tantôt c'est après quelques semaines, tantôt c'est au bout de plusieurs mois qu'on observe les lésions internes. Le plus souvent cependant, et sans qu'un traitement vienne l'entraver, le processus syphilitique ne s'étend pas

au-delà de la muqueuse, et le squelette n'est pas compromis.

Dans le coryza hérédo-syphilitique les lésions restent ordinairement limitées aux fosses nasales. Elles peuvent cependant s'étendre aux régions voisines et alors, elles ont moins de tendance à gagner la partie extérieure, qu'à pénétrer profondément vers le voile du palais et le pharynx où elles déterminent des lésions qui présentent une évolution ultérieure spéciale.

COMPLICATIONS.

Le coryza hérédosyphilitique s'accompagne toujours d'une gêne plus ou moins prononcée de la respiration nasale, la seule naturelle chez l'enfant. Dans certains cas cette gêne est telle, qu'elle devient par son intensité et la difficulté qu'elle apporte à la déglutition, une véritable complication.

Nous avons déjà insisté précédemment sur la difficulté que présente la succion. Il en résulte un amaigrissement rapide, un mauvais état général et depuis Billard tous les auteurs rapportent que l'enfant peut périr de faim dans un coryza qui se prolonge.

Ce sont là des faits qu'on n'observe plus aujourd'hui, car si l'enfant ne peut téter d'une façon continue, il boit fort bien à la cuillère et peut être ainsi facilement alimenté. La mort est plutôt le résultat du fait suivant que Bouchut a observé plusieurs fois et sur lequel il a appelé l'attention.

« L'air pénétrant difficilement par les nari-
« nes et passant surtout par la bouche restée
« béante en raison de cette difficulté, entraîne
« la lèvre inférieure en arrière comme une sou-
« pape, il fait de même pour la langue qui se
« redresse, se recourbe et applique sa face in-
« férieure sur le voile du palais de façon à obs-
« truer l'orifice bucco-pharyngien. Plus les en-
« fants sont affaiblis, plus le phénomène est
« apparent, il en résulte un obstacle à l'héma-
« tose qui s'ajoute aux effets produits par la
« difficulté de la succion. Il a vu plusieurs fois,
« par suite de l'aspiration et du retrait de la
« langue en arrière, l'asphyxie survenir (1) ».

Indépendamment de ces complications mé-
caniques, le coryza spécifique peut être le point
de départ de lésions voisines. Nous citerons
tout d'abord *l'Ethmoïdite*. C'est une complica-
tion rare citée dans la thèse de Ripault auquel
nous empruntons l'observation suivante :

« T. Georges, âgé de quatre mois, est amené le 2 septem-
bre 1894 à la clinique ophtalmologique de l'Hôpital Laboi-
sière pour un volumineux abcès occupant toute la paupière
supérieure droite. Cet abcès datant de deux semaines est
ouvert et donne issue à une grande quantité de pus bien
lié, la supuration persistant, on explore la poche et l'on
trouve sur la paroi interne de l'orbite, en arrière de la
région du sac, une surface osseuse dénudée. Bientôt la

1. Jaccoud. *Article coryza par Denos*. T. 9, page 524.

mère vient se plaindre qu'il sort du pus par la narine droite et en effet une insufflation pratiquée par le nez gauche ramène du pus. L'absence de sinus frontal à cet âge excluant un empyème, on devait admettre une ethmoïdite à manifestation nasale et orbitaire, la lésion devait trouver son point de départ dans une influence diathésique. L'examen de parents apprenait seulement que la mère avait fait l'année précédente une fausse couche de trois mois, l'enfant indemne de toute manifestation syphilitique à la naissance avait cependant percée, à l'âge de deux mois, une incisive supérieure et présentait du coryza, auquel la mère n'avait attaché aucune importance. Le traitement par la liqueur de Van Swieten, puis par les frictions fit rétrocéder l'affection avec une étonnante rapidité quoiqu'un nouvel abcès orbitaire, de courte durée, fût apparu et que le petit malade eût éliminé par le nez quatre petits séquestrés que la mère nous apporta. L'état général de l'enfant extrêmement chétif et débile s'est en même temps amélioré ».

Les lésions du squelette propre de fosses nasales donnent lieu à des déformations spéciales du nez déjà décrites ; nez de perroquet, nez camard, nez en lorgnette (Fournier), destruction complète du nez, profil de béliet (Botay).

Lorsqu'il existe des altérations de la muqueuse très étendues, elles laissent habituellement après guérison des cicatrices blanches, solides, déprimées très retractiles et adhérentes aux parties sous-jacentes. Elles peuvent être le point de départ de synéchies, représentées par des ban-

des de tissu cicatriciel tantôt minces, tantôt fort épaisses, formant de véritables cloisons résistantes, profondément situées, reliant de préférence le cornet inférieur à la cloison médiane, souvent aussi le cornet moyen au septum. On peut également constater une adhérence complète entre le cornet inférieur et le plancher.

Le coryza hérédosyphilitique peut être le point de départ de lésions hypertrophiques de la muqueuse des cornets siégeant surtout au niveau de la tête ou de la queue du cornet.

Il existe parfois une véritable hypertrophie polypoïde de la muqueuse des cornets, ainsi que Hartmann l'a décrit.

Complications cérébrales.

D'après Morell-Mackensie (1) quand le coryza spécifique s'accompagne d'écoulement nasal, l'arrêt subit de la sécrétion est le symptôme précurseur d'une lésion cérébrale sérieuse et souvent mortelle.

Weber, cité par Morell-Mackensie, rapporte un cas dans lequel les symptômes cérébraux apparaissent aussitôt après l'arrêt de l'écoulement et

1. Morell-Mackensie. *Traité des maladies du nez*, page 241.

quatre jours plus tard, le petit malade fut pris de frissons et de symptômes évidents d'une pyohémie. Il mourut treize jours après le premier accès algide. A l'autopsie on trouva des thrombus des sinus caverneux et de la veine ophtalmique gauche. Il y avait tous les signes d'une méningite intense et l'hémisphère gauche du cerveau était baigné de pus. On trouva des collections purulentes dans les plèvres, le poumon et le foie.

Du côté *des yeux*, Ziem, Hasner, de Wecker (1), ont insisté sur une complication fréquente du coryza spécifique : la blennorrhée congénitale ou presque congénitale du sac lacrymal dont la syphilis serait une des causes les plus fréquentes par suite d'altérations nasales.

Citons encore, quoique plus rare, le développement de l'épicanthus interne que l'on a également attribué au coryza spécifique.

Lésions du naso-pharynx et du larynx. —

Le coryza peut se propager jusqu'au pharynx, y déterminer des pharyngites supérieures, rebelles ; de l'adénoïdite, sur laquelle nous avons insisté. Il peut atteindre le larynx : la voix s'altère, elle devient rauque, sourde, presque nulle, comme dans le croup ; la respiration est plus ronflante. Lorsque l'enfant veut crier, la

1. De Wecker. *Maladie des yeux*, 1^{er} v. p. 677

dyspnée s'exagère et arrive jusqu'à la suffocation ; de véritables accès de spasme glottique peuvent s'observer.

Dans d'autres cas, la voix prend un timbre particulier qui suivant la comparaison de West rappelle le son d'une trompette d'enfant.

M. Sevestre (1) a également constaté la voix et la toux enrouées, rauques, bitonales.

A ces lésions laryngées succèdent quelquefois des adhérences des cordes vocales soit entre elles, soit entre une corde vocale et la paroi laryngée voisine comme Heymann de Berlin en a rapporté des exemples.

Les lésions de la face supérieure du voile du palais et du naso-pharynx évoluent habituellement d'une façon absolument insidieuse chez l'enfant. C'est à la faveur de cette insidiosité que se développent les adhérences, dont la présence n'est constatée que bien plus tard.

Nous devons à M. Heymann de Berlin un remarquable travail sur l'étude de ces adhérences, ce travail a été traduit par M. Mendel et publié dans *les Archives de Laryngologie*. Nous ferons de larges emprunts à ce mémoire (2).

Le rétrécissement du naso-pharynx et de l'oro-pharynx ont deux sièges de prédilection :

1. Sevestre. *Progrès médical*, 1889, page 30.

2. Heymann. Trad. de Mendel, *Adhérences naso-pharyngiennes*, *archives de Laryngologie*, 1895, p. 63.

1° Immédiatement derrière les choanes.

2° A la limite du pharynx buccal.

Heymann rapporte sept cas de synéchies donnant naissance à la première variété de rétrécissement. Les cicatrices membraniformes partaient de la paroi supérieure du pharynx et obturaient la partie supérieure des choanes. Dans une seule observation les orifices tubaires n'étaient pas englobés dans les tissus cicatriciels naso-pharyngiens ; dans tous les autres cas, les orifices des trompes étaient plus ou moins envahis par du tissu cicatriciel, et il existait des troubles considérables de la fonction auditive.

Bien plus nombreuses sont les adhérences situées à la limite du pharynx buccal et du pharynx nasal.

Dans ces cas il s'agit de synéchies développées entre le voile du palais et le pharynx et de fronnement cicatriciel de ces parties.

Ces synéchies peuvent être d'étendue et de résistance diverses ainsi que le fait remarquer Bied qui a publié sur ces questions un intéressant travail ; elles peuvent être compliquées encore par l'existence de perforations de la partie conservée du voile du palais au-dessus des adhérences.

Lésions de l'oreille. — Indépendamment de l'oblitération des orifices pharyngiens des trompes d'Eustache par des cicatrices, oblitéra-

tions qui s'accompagnent de sténose tubaire inguérissables, déterminant elles-mêmes des lésions incurables de l'oreille moyenne, on observe fréquemment au cours du coryza syphilitique des otites moyenne aiguës, qui se produisent par inoculation directe, le pus gagnant la caisse par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

Lésions pulmonaires. — Comme Roger l'a fait remarquer, l'inflammation de la membrane muqueuse des fosses nasales a une grande tendance à se propager par voie de contiguité et la bronchite ainsi que la pneumonie lobulaire consécutive sont les accidents les plus à redouter dans le coryza herédo-syphilitique. Nous rapporterons à ce sujet deux observations empruntées au travail de Roger (1).

OBSERVATION I

La nommée C... Fanny, née le 30 mars entre à l'hospice des Enfants-Trouvés le 29 avril avec les symptômes manifestes d'une syphilis constitutionnelle : roséole, plaques muqueuses, coryza spécifique. Elle succombe à l'âge de deux mois.

Autopsie. — On ne trouve pas de lésions viscérales syphilitiques : thymus petit, sain, ganglions bronchiques éga-

1. Roger, *loc.cit.* Obs. XV et XVI

lement petits et sans altérations, le poumon droit présente à la partie supérieure un engouement pneumonique. Broncho-pneumonie.

OBSERVATION II

Enfant G... Antoine, âgé de deux mois, est reçu à la crèche des Enfants-Trouvés, passe à l'infirmerie trois semaines plus tard. Dès son entrée à la crèche il était affecté de coryza et de toux. Le 9 mai je constate sur les fesses et au pourtour de l'anüs une éruption datant de quelques jours et constituée par des vésicules qui se sont vite rompues et ont été remplacées par des plaques saillantes recouvertes d'une croûte mince et légère. L'enfant est atteint de diarrhée avec selles vertes, il présente un enduit blanc, épais sur la langue; les lèvres sont sèches, fendillées, on constate de la rougeur de l'arrière-gorge sans lésions spécifiques, il tète mal et s'étouffe. A l'auscultation il y a peu d'expansion pulmonaire et l'on perçoit quelques bulles de râles disséminées. A la percussion peu de sonorité thoracique.

Dyspnée. — Pouls 106.

L'enfant meurt le 6 mai.

Autopsie. — Poumon droit : carnification de la partie postérieure, du lobe inférieur et de la base du lobe supérieur.

Le poumon gauche présente également quelques points de carnification, le tissu carnifié n'est pas insufflable. Les fosses nasales sont très rouges, les méats sont remplis de

muco-pus, on ne voit toutefois ni ulcérations, ni pseudo-membranes, ni ulcérations plus profondes des os.

La plupart des enfants meurent sans que les symptômes observés aient donné lieu à des craintes sérieuses ; on les avait laissé dans un état grave sans doute, mais non pas alarmant ; la faiblesse était venue avec lenteur, les maladies incidentes ne paraissaient pas faire de progrès, on devait compter sur un dépérissement graduel et les petits malades succombent presque tout à coup, le plus souvent l'enfant se plaint, crie davantage pendant un jour ou deux, puis il s'éteint sans convulsions, sans lésions soudaines appréciables. Ces enfants présentent très souvent à l'autopse, soit dans les poumons, la plèvre ou le péritoine, des épanchements de sérosité d'une abondance variable. *Ils meurent de cachexie séreuse, disait Trousseau.*

DIAGNOSTIC

Lorsque le coryza syphilitique se montre avec tous les symptômes que nous avons décrits, surtout lorsqu'il est accompagné d'autres lésions spécifiques nettes, le diagnostic est facile.

Si, au contraire, le coryza constitue la seule manifestation morbide, il est quelquefois très difficile d'en établir la nature.

Le coryza aigu simple du nouveau-né, se distinguera du coryza syphilitique par la rapidité de son évolution, par la différence des sécrétions qui sont plus claires, jamais sanieuses, ni striées de sang.

Coryza symptomatique. — Le coryza est un des prodromes, ou l'un des symptômes concomitants le plus commun de la plupart des fièvres éruptives : rougeole, variole, scarlatine.

C'est dans la rougeole surtout qu'on l'observe le plus souvent, il en constitue même pour ainsi dire un des prodromes obligés.

Il se distinguera du coryza spécifique en ce qu'il est accompagné d'un mouvement fébrile et le plus souvent d'une conjonctivite catarrhale ordinairement très intense.

Corps étrangers du nez. — Le coryza symptomatique résultant de corps étrangers fixés dans les narines donne souvent lieu à des symptômes analogues à ceux du coryza syphilitique, mais habituellement la lésion est unilatérale et l'exploration du nez conduit vite au diagnostic.

Coryza blennorrhagique. — La rhinite blennorrhagique se montre chez le nouveau-né dès la naissance, contrairement au coryza syphilitique qui n'apparaît qu'au bout de deux ou trois semaines. Cette affection admise comme fréquente, il y a quelques années, par tous les rhinologistes, est actuellement rejetée par quelques auteurs. Ainsi Moldenhauer dit que Credé, dans son service d'accouchement, n'a jamais observé de rhinite succédant à une conjonctivite blennorrhagique. Sigmund de Vienne n'a pu l'inoculer. Il faut donc actuellement n'admettre cette affection que sous toute réserve.

Coryza diphtérique. — Dans cette variété de coryza, les fausses membranes sont très rarement limitées au nez, il y a presque toujours des symptômes d'angine diphtérique concomitante. L'exsudat est constamment bilatéral, l'obstruction nasale est complète. Les sécrétions nasales sont purulentes, parfois striées de sang, avec des débris de fausses membranes expulsées de temps en temps. Ces sécrétions irritent l'entrée des narines et la lèvre supérieure, qui deviennent d'un rouge vif. Il existe souvent

d'abondantes épistaxis. Les ganglions sont pris, en particulier les sous-maxillaires.

L'état général est toujours très atteint. Le diagnostic se fera par la marche différente de la maladie et surtout par l'examen bactériologique qui dénotera la présence du bacille de Loeffler dans le cas de rhinite diphtérique.

Coryza morveux. — Dans cette variété rare de coryza, il s'établit un véritable flux nasal, sanieux puriforme, jaunâtre, visqueux, strié de sang, abondant et fétide.

L'examen des sécrétions permettra de découvrir le bacille de la morve décrit en 1882 par Loeffler et Schüts ; le diagnostic se fera surtout par l'inoculation de produits obtenus soit par le râclage, soit à l'aide d'une pipette, dans le péritoine d'un cobaye mâle. Au bout de deux à trois jours en moyenne, parfois moins, on voit que les testicules de l'animal commencent à se gonfler, cette tuméfaction augmente rapidement, les testicules deviennent gonflés, rouges, luisants, puis la peau s'ouvre et livre passage à du pus morveux (1).

En résumé le coryza syphilitique se distinguera surtout par sa durée, sa tenacité, l'écoulement sanguinolent rare sera s'il existe en sa faveur.

En général, chez un nourrisson, tout coryza

1. Strauss. *Archives de méd. expéri.* 1889, page 460. Wurtz. *Précis de Bactériologie clinique*, page 430.

bilatéral, débutant insidieusement vers la fin de la deuxième, ou dans le cours de la troisième ou quatrième semaine, évoluant sans température, présentant une évolution chronique avec écoulement peu abondant, épais, séro-purulent, irritant les ailes du nez et la lèvre supérieure, y déterminant des ulcérations, des fissures qui se couvrent de croûtes jaunâtres ou verdâtres, doit être tenu pour suspect. L'examen soigneux de l'enfant, l'interrogatoire de parents permettront souvent de trancher le diagnostic et dans certains cas douteux on devra instituer le traitement spécifique.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement important, une erreur pouvant entraîner des conséquences graves, comme l'a fort bien dit M. Lermoyez (1) : « Il y a double danger à laisser évoluer un coryza syphilitique, en le traitant comme un coryza simple : *danger pour le nez*, car les lésions nasales n'ont aucune tendance à guérir spontanément; livrées à elles-mêmes, elles peuvent attaquer le squelette, exposer l'enfant au péril d'une méningite de voisinage et après guérison laisser peut-être de hideuses déformations du nez ; *danger pour l'économie* car l'infection syphilitique ainsi méconnue dans son extériorisation peut déterminer des lésions viscérales qui entraîneront la mort.

1. Lermoyez. *Thérapeutique des maladies des fosses nasales*, 1^{er} vol. p. 373.

PRONOSTIC.

Le pronostic du coryza syphilitique est doublement grave chez l'enfant, il est grave d'abord parce qu'il indique que l'organisme est en puissance de syphilis et que par conséquent des lésions viscérales rapidement mortelles pourront se développer insidieusement et déterminer une mort rapide ; grave ensuite à cause de lésions mécaniques qu'il entraîne, en effet, d'une part, le nez de l'enfant est extrêmement étroit, d'autre part le nouveau-né ne respire pas par la bouche, d'où troubles de la respiration et troubles de la déglutition qui peuvent entraîner une déchéance organique fatale à bref délai.

TRAITEMENT

Le traitement du coryza hérédo-syphilitique doit être à la fois prompt et énergique, il doit être général et local.

Le traitement général est celui de la diathèse syphilitique. On prescrira donc à l'intérieur la liqueur de Van Swieten. On commencera par une goutte délayée dans une cuillerée à café de lait. On répétera cette dose de façon à en administrer dix gouttes pendant la journée, et on continuera cette médication pendant quelques jours. Si pendant ce temps on ne constate ni vomissements, ni diarrhée, on augmentera assez rapidement la dose de façon à donner à l'enfant de vingt à quarante gouttes par jour. On se réglera suivant l'âge du nourrisson et surtout suivant l'effet du traitement.

Lorsque le traitement interne donne de l'intolérance gastro-intestinale, on le remplacera par le traitement externe. On fera des frictions avec un gramme d'onguent napolitain.

Ces frictions seront faites sur les flancs et les parties latérales du thorax. On laissera la couche de pommade appliquée pendant toute la nuit en maintenant l'enfant enveloppé dans de l'ouate ou de la flanelle, puis le matin on lavera soigneusement la région.

On pourrait également employer l'onguent napolitain de la façon suivante recommandée par Erichsen :

Etendre sur un rouleau de flanelle quatre grammes d'onguent mercuriel, l'enrouler ensuite autour des jambes de l'enfant immédiatement au-dessous des genoux, la surface enduite d'onguent étant immédiatement appliquée sur la peau. Renouveler cette application tous les jours pendant deux ou trois semaines.

Certains auteurs, donnent l'iodure de potassium. Ce médicament, dit M. le professeur Dieulafoy, est tout au plus fait pour la nourrice.

P. Tissier recommande de faire prendre à l'enfant, outre la liqueur de Van Swieten, de la teinture d'iode dans du lait en raison d'une goutte deux fois par jour.

On soumettra en même temps la mère, qui *doit être la seule nourrice permise à l'enfant*, au traitement spécifique pour agir également sur l'enfant par l'intermédiaire du lait.

Lorsque la succion est impossible, on devra nourrir l'enfant à la cuillère.

Par le *traitement local* on rétablira la perméabilité des fosses nasales en pratiquant deux ou trois fois par jour de petites injections nasales d'eau boriquée tiède à 3 0/0. On pourra ramollir les croûtes en introduisant dans les narines quelques gouttes d'huile mentholée à 1/50. Le soir on introduira dans les fosses nasales un peu de pommade au calomel au 50^e.

Ce traitement appliqué rapidement détermine non seulement la disparition des symptômes locaux observés du côté des narines, mais encore des symptômes généraux : amaigrissement, teinte particulière, atrepsie que l'on observe si souvent au cours de la rhinite hérédosyphilitique.

CONCLUSIONS

1° Le coryza syphilitique du nouveau-né est une manifestation précoce et fréquente de la syphilis héréditaire.

2° Il présente une évolution habituellement chronique.

3° Son diagnostic, qui est d'une importance thérapeutique et prophylactique de premier ordre, est souvent possible, et quelquefois même facile avant l'apparition des accidents syphilitiques cutanés pathognomoniques de la syphilis héréditaire.

4° Tout coryza chez le nouveau-né, dont l'évolution n'est pas terminée en huit jours, doit éveiller l'idée de la syphilis et dans certaines circonstances spéciales où le diagnostic est hésitant, on devra recourir au traitement spécifique.

5° Le traitement doit être à la fois général et local.

6° Les lésions ulcéreuses de la muqueuse pi-

tuitaire, que les observateurs anciens notent comme fréquentes, sont au contraire très rares ; de même que les lésions osseuses et cartilagineuses :

7° Le coryza syphilitique du nouveau-né s'accompagne fréquemment de lésions du tissu adénoïde du naso-pharynx. Ces lésions sont similaires de celles qu'on observe si fréquemment chez les hérédotuberculeux.

Vu par le Président de la thèse
FOURNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer:
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- BERTIN. — Maladies vénériennes des nouveau-nés Paris 1820.
- BOTAY. — Annales de Laryngologie, octobre 1892, mai 1894 ; Archives internat. de Laryng. 2^e année 1891.
- CAPURON. — Maladies des enfants. Paris 1875.
- CHABOUX. — Syphilis du naso-pharynx. Th. Paris 1820.
- COMBY ET GRANCHER. — Article coryza syphilitique. Boulay. T. III.
- DOUBLET. — Maladies vénériennes des nouveau-nés. Paris 1750.
- DIDAY. — Traité de la syphilis des enfants nouveau-nés. Paris 1854. p. 21.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire, article syphilis. 3^e série p. 599 — Dictionnaire article nouveau-né p. 671.
- FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive.
- HUDELO. — Syphilis hépatique. Th. Paris 1889-1890.
- HEYMANN. — Archives de Laryngologie, avril 1895.
- LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales.
- LODDO. — Riform. med. 1896. T. I.
- MÉRIGOT DE TRÉGNY. — Revue générale de clinique et de thérapeutique 1888. P. 87,

- MORELL-MACKENSIE. — Maladies du nez, p. 241.
- MANDON. — Th. de Paris, 1854.
- MOURE. — Manuel des maladies des fosses nasales.
- MILLER. — Jahr. fur. Kinder heilkund, 88. T. XXVII.
- NISBET. — Essai sur la théorie et la pratique des maladies vénériennes. Paris 1778.
- POULET ET BOUSQUET. — Pathologie externe. 2^e V. p. 458.
- PARROT. — Syphilis héréditaire et rachitisme.
- PAUL TISSIER. — Syphilis héréditaire. Gaz. des hôp. 1896.
- RAYER. — Note sur le coryza des enfants à la mamelle. Paris 1820.
- ROGER. — Union médicale 1865. N^o 10 à 17.
- ROSEN. — Traité des maladies des enfants, traduction de Wil. lebrune. Paris 1750.
- RIPAULT. — Thèse de Paris 1895-1896.
- ROLLET. — Traité de la syphilis.
- RILLIET ET BARTHEZ. — Maladies des enfants.
- ROMNICIANO. — Rif. med. 1897.
- STOEBER. — Th. de Paris 1890-1891.
- SEVESTRE. — Clinique de mal. infantiles. Paris 1889.
- TROUSSEAU ET LASSEGUE. — De la syphilis constitutionnelle chez les enfants du premier âge, Archives générales de méd. oct. 1847.
- TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, T. III.
- WECKER (de). — Maladies des yeux. t. 1, p. 677.

